

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1958

THÈSE

981

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Yves, Robert ROMAND - HEUYER

Interne Provisoire des Hôpitaux Psychiatriques

Né le 25 Décembre 1930; à PARIS (18^e)

présentée et soutenue publiquement le

ÉTUDE CLINIQUE

DES PSYCHOSES PUERPERALES

DU POST - PARTUM ET DU POST - ABORTUM

DANS LEUR FORME PSEUDO SCHIZOPHRENIQUE

Président : Monsieur Léon MICHAUX (Professeur)

DACTYLO - SORBONNE

8, Rue Casimir Delavigne
PARIS - VI^e

1958

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

--:-

Année 1958

N°

T H E S E

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

Yves, Robert ROMAND-HEUYER

Interne Provisoire des Hôpitaux Psychiatriques

né le 25 décembre 1930 à Paris (18ème)

--:-

Présentée et soutenue publiquement
le

--:-

ETUDE CLINIQUE

DES PSYCHOSES PUERPERALES DU POST-PARTUM ET DU
POST-ABORTUM DANS LEUR FORME PSEUDO SCHIZOPHRENIQUE

--:-

Président : Monsieur Léon MICHAUX (Professeur)

--:-

DACTYLO-SORBONNE
8, rue Casimir-Delavigne

PARIS

1958.



PROFESSEURS HONORAIRES

MM. BENARD, BROCC, CADENAT, CHABROL, CHAMPY, CHEVALLIER, CHEVASSU, DEBRE, DELBET, DONZELOT, GASTINEL, GUILLAIN, HALPHEN, HARVIER, HAZARD, HEUYER, LAROCHE G., LAUBRY, LEMAITRE, LEVY-SOLAL, LHERMITTE, LIAN, LOEPER, MARION, MATHIEU, MOCQUOT, MONDOR, MONOD, MULON, OLIVIER, OMBREDANNE, STROHL, TANON, VELTER.

DOYEN Léon BINET
 Membre de l'Institut
 ASSESSEUR Jean VERNE

I.- PROFESSEURS

M^l.

Anatomie	CORDIER
Anatomie pathologique	DELARUE
Bactériologie	FASQUELLE
Biologie app. à l'Education phys. } et aux Sports }	CHAILLET-BERT
Biologie Médicale	FAUVERT
Cancérologie méd., sociale	BERNARD J.
Carcinologie	REDON
Chimie Méd.	JAYLE
Clinique Chir.	{ Hôtel-Dieu MENEGAUX
	{ Salpêtrière MOULONGUET
	{ Cochin QUENU
	{ Beaujon SICARD
Clinique Chir. cardio-vasculaire	G. d'ALLAINES
Clinique Chir. réparatrice et } orthop. }	MERLE d'AUBIGNE
Clinique de Cardiologie	MOUQUIN
Clinique Chir. infantile et } d'orthop. }	FEVRE
Clinique Chir. pleuro-pulm.	MATHEY
Clinique de la Tuberculose	BERNARD Et.
Clinique de neuro-chir.	PETIT-DUTAILLIS
Clinique de Puériculture	LELONG
Clinique des maladies cutanées } et syphilitiques }	DEGOS
Clinique des mal. du sang.	MARCHAL
Clinique mal. du système nerv.	ALAJOUANINE
Clinique des maladies des enf.	CATHALA
Clinique des maladies infectieuses	MOLLARET
Clinique des Maladies mentales et } de l'encéphale }	DELAY

MM.

Clinique du diabète sucré et des maladies de la nutrition	} BOULIN
Clinique gynécologique	FUNCK-BRENTANO
	BARIETY
Cliniques Médicales	JUSTIN-BESANCON
	MOREAU
	de GENNES
Clinique Méd.hydro-climat.thérap.	DEBRAY
Clinique Médicale Propédeutique	{ PASTEUR VALLERY
	{ RADOT
	{ LANTUEJOUL
Cliniques Obstétricales	{ VARANGOT
	{ LACOMME
Clinique ophtalmologique	RENARD
Clinique oto-rhino-laryngologique	AUBIN
Clinique psychiatrique infantile	MICHANX
Clinique rhumatologique	COSTE
Clinique stomatologique	DECHAUME
Clinique urologique	FEY
Embryologie	GIROUD
Génétique	LAMY
Histoire de la Méd. et de la Chir.	SOULIE
Histologie	VERNE
Hygiène et Clinique Ière Enfance	TURPIN
Hygiène et Méd.Préventive	JOANNON
Médecine du Travail	DESOILLE
Médecine Légale	PIEDELIEVRE
Parasitologie et hist.nat.Méd.	GALLIARD
Pathologie chirurgicale	COUVELAIRE
Pathologie exotique	LAVIER
Path.expérimentale et comparée	LENEGRE
Path.Hum. et Immun. exp.	MERKLEN
Pathologie médicale	DECOURT
Path. et Thérapeut.générales	GARCIN
Pédiatrie sociale	JULIEN MARIE
Pharmacologie et matière méd.	CHEYMOL
Physico-chimie méd.	N..
Physiologie	BINET
Physique médicale	DOGNON
Problèmes alimentaires (ch.t.pers.)	HAMBURGER
Radiologie Médicale	DESGREZ
Technique chirurgicale	PATEL
Thérapeutique	BROUET
Thérapeutique chirurgicale	SENEQUE
Thérapeutique médicale	LEMAIRE

II.- PROFESSEURS SANS CHAIRE MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES ET AGREGES

MM.

Anatomie (CABROL
(DEBEYRE
(DELMAS
(OLIVIER G.
(Melle GAU-
Ana.Path. (THIER V.
(BUSSE
(GOUYGOU
Bactério) (CHRISTOL
logie) (NEVOT
Biol.Méd. (BOURLIERE
Chimie Méd. (ETTORI
(POLONOVSKI J.
Dermato-syph (DUPERRAT
Embryologie (TUCHMANN
Histologie (COUJARD
(N.
Hydrologie (CORNET
Hygiène (BOYER
(DEPARIS
Mal.infect. (BASTIN
Médecine) (DEROBER
légale et (GAULTIER
du Trav.) (HADENGUE
Neurochir. (DAVID
Neurologie (LHERMITTE
(GRASSET
(LE LORIER
Obstétrique (LEPAGE
(MERGER
(MORIN
(RAVINA
(ROBEY
(BREGEAT
Ophtal- (DESIGNES
mologie)
Orthopédie (JUDET
Oto-rhino) (AUBRY
laryngol.) (MADURO
Parasito. (BRUMPT
Parasito col. (CHABAUD
(ABOULKER
(BARCAT
Path.chir. (BAUMANN
(CAUCHOIX

MM.

(DUBOST
(FAUREL
(FLABEAU
(GERMAIN
(GOSSET
Pat.chir. (LAURENCE
(LORTAT-JACOB
(OLIVIER (Cl.)
(POILLEUX
(THOMERET
(VERNE (J.M.)
(MAURICE
Pat.expéri- (LOEPER
ment.
(BOUVIER
(BOUDIN
(BRICAIRE
(BRISSAUD
(CASTAIGNE
(CONTE
(DEROT
(DOMART
Path.Méd. (LAMOTTE
(LAROCH
(MACREZ
(MILLIEZ
(PEQUIGNOT
(PERRAULT
(RAMBERT
(ROYER
(THIEFFRY
(TURIAF
(WOLFROMM
(POLONOVSKI Cl.
Pédiatrie (MOZZICONACCI
(JOSEPH
Pharmacol. (Melle LEVY
(BARGETON
(DEJOURS
(PARROT
(DJOURNO
Physique } (GOUGEROT
Médicale }
Pneumo-phtis. (KREIS
(BARUK
Psychiatrie (PICHOT

MM.
 Psych.infant.N...
 Rhumatologie DELBARRE
 Stomato. { CHAPUT Mme
 { CERNEA

MM.
 Urologie.....KUSS
 Thérapeut.....CHASSAGNE

III.- PROFESSEURS HONORAIRES
 ET AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE
 pour le Service des Examens

M. LE LORIER

IV.- PROFESSEURS SANS CHAIRE ET
 AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE
 A TITRE PERMANENT

MM.
 { AMELINE
 { HUGUIER
 Clin.Chir. { LEGER
 { PADOVANI
 { ROUX
 Clinique) { ECALLE
 obstét.) { MAYER
 Clin.opht. OFFRET

MM.
 Urologie.....N...
 { DREYFUS
 Clinique M^{me} { HAGUENAU
 { KOURILSKY

Secrétaire de la Faculté M. MOREL
 Secrétaire-Adjoint Melle CHAINTREUIL

Bibliothécaire en Chef Dr HAHN
 Conservateur Melle GOICHON
 { Melles DUMATTRE
 Bibliothécaires { LE NOIR
 { LAURENT
 { QUIEVREUX

Par délibération en date du 9 décembre 1798,
 l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les
 dissertations qui lui seront présentées, doivent
 être considérées comme propres à leurs auteurs et
 qu'elle n'entend leur donner aucune approbation
 ni improbation.

A mon Maître, le Professeur Léon MICHAUX

Professeur de Psychiatrie Infantile à
la Faculté de Médecine de Paris

Il me fait l'honneur de
présider cette thèse.

Qu'il trouve ici l'expres-
sion de ma reconnaissance
et de mon affectueux
respect.

A mon Maître, le Docteur Paul ABELY

Il a inspiré cette thèse.
J'ai pu apprécier dans son
service la clarté de son
enseignement et l'étendue
de ses connaissances.

Je lui exprime ma sincère
gratitude et mon profond
respect.

A mes Maîtres, les docteurs TANRET, BELAY,
CULLIERE, BOITELLE, MIGNOT

Qu'ils trouvent ici l'expression
de ma profonde gratitude.

À mon Beau-Père, le Professeur G. HEUYER

J'ai trouvé près de lui l'affec-
tion d'un père, les conseils
judicieux d'un maître.

Il gardera toujours mon admira-
tion et mon attachement
filial.

A ma Mère

A laquelle je dis ici ma
reconnaissance et mon amour.

A ma Grand'Mère

Avec toute ma gratitude pour
les sacrifice qu'elle a
consentis en m'élevant.

A mon Oncle, à ma Tante, à mes Frères et Soeurs

Auxquels je redis mon affection.

A tous mes Amis,
à ceux qui m'ont aidé dans cette thèse.

ETUDE CLINIQUE
DES PSYCHOSES PUERPERALES DU POST-PARTUM ET DU
POST-ABORTUM DANS LEUR FORME PSEUDO-SCHIZOPHRENIQUE

- :-

INTRODUCTION

-:-

L'étude des psychoses puerpérales est très complexe, tant par la multiplicité des symptômes auxquels elles donnent lieu, que par la variété de leur interprétation pathogénique. Leur importance est considérable, il faut savoir les dépister et les traiter.

Certes, on connaît depuis longtemps les manifestations délirantes des fièvres puerpérales, les mélancolies de la lactation, caractéristiques d'un syndrome d'épuisement ; mais beaucoup moins connues sont ces formes trompeuses, pseudo-schizophréniques, survenant sans aucune cause apparente locale ou infectieuse, et qui ont donné lieu à de multiples erreurs de diagnostic.

Ignorées par la plupart des auteurs, ces formes pseudo-schizophréniques ont été mises en lumière par le Docteur Paul ABELY, dont les travaux serviront de base à cette thèse.

Notre étude sera donc volontairement limitée aux psychoses puerpérales du post-partum et du post-abortum dans leur forme pseudo-schizophrénique. Elle essaiera en outre de dégager les différences essentielles, tant cliniques que thérapeutiques de ces formes avec la schizophrénie vraie.

Après un rappel historique des différentes

interprétations données aux psychoses puerpérales en général, nous tenterons de définir ce que sont les psychoses puerpérales, quelles formes elles peuvent revêtir, à quelles époques de la puerpéralité elles surviennent.

Puis, nous aborderons l'étude des psychoses puerpérales du post-partum dans leur forme pseudo-schizophrénique, et où l'on ne peut retrouver ni cause locale, ni infectieuse, ni antécédents psychopathiques.

A l'étude clinique succéderont les différentes indications thérapeutiques et leurs relations pathogéniques. Quelques observations cliniques viendront appuyer les théories émises.

Les psychoses du post-abortionum seront ensuite analysées; nous nous y attarderons longuement tant au point de vue clinique que diagnostique; nous montrerons les difficultés de leur recherche, et les conséquences souvent graves qu'il pourrait y avoir à les méconnaître.

Nous ferons ensuite une étude comparative, clinique, évolutive, et thérapeutique de ces formes pseudo-schizophréniques de la puerpéralité avec la schizophrénie vraie. Nous y verrons les énormes difficultés du diagnostic différentiel, surtout en ce qui concerne les psychoses du post-abortionum.

Au terme de cet exposé, nous tenterons de faire une synthèse des éléments apportés, pour dégager une idée générale de ce qu'est la psychose puerpérale, comment peut-on la reconnaître ? Quel est son pronostic et quelles sont les indications thérapeutiques qui lui sont attachées.

LES PSYCHOSES PUERPERALES

--

- HISTORIQUE -

Déjà, GUISLAIN, LOISEAU et AZAM avaient démontré en plusieurs observations ce qu'ils appelaient la sympathie existant entre certaines lésions de l'appareil utérin et le développement de la folie.

En 1848, le Docteur REID, fait les premières statistiques et montre que dans son service, sur 3.500 accouchées, 9 sont atteintes de folie puerpérale.

ESQUIROL rapporte que sur 1119 femmes admises à la Salpêtrière, 92 sont tombées malades à la suite de couches. HASLAM, HANWELL et MAC DONALD donnent des chiffres à peu près semblables. On connaissait donc depuis fort longtemps, l'existence de ces troubles mentaux de la puerpéralité, mais ce n'étaient là que des observations isolées, des travaux de statistiques, ne dégagant aucune idée générale.

Il faut attendre 1858 pour voir apparaître le premier ouvrage, C'est le traité de la folie des femmes enceintes, des nouvelles accouchées, et des nourrices par le Dr MARCE. Dans cet ouvrage, il distingue :

1 - les troubles intellectuels survenant pendant la grossesse, allant du simple état dépressif, à l'aliénation mentale confirmée.

2 - la folie transitoire au moment de l'accouchement, avec syndrome délirant dû pour cet auteur, à la prolongation du travail de l'accouchement.

3 - la folie des jeunes accouchées et des nourrices.

Troubles contemporains de la lactation qui, selon l'auteur, viendraient d'un mauvais écoulement du lait ; la suppression de la sécrétion lactée serait le point de départ.

Chez ces jeunes accouchées, il distingue deux types de troubles mentaux : la mélancolie et l'état maniaque.

Au point de vue étiologique enfin, il retient l'hérédité, les accès antérieurs de folie, l'anémie, l'âge de la parturiente qu'il appelle causes prédisposantes. Les causes déclenchantes seraient la longueur du travail, l'hémorragie, la toxémie gravidique et l'infection.

Nous verrons plus loin que ces notions demandent à être entièrement révisées, tant au point de vue, classification qu'au point de vue étiologique.

En 1938, certains auteurs ; BARUK, HAAS, LEVY-VALENSI, LÉCONTE, révisent les anciennes conceptions sur les psychoses puerpérales et tentent d'adopter une nouvelle classification.

C'est ainsi que pour LÉCONTE, il existe des formes puerpérales, des formes parapuerpé-

les, formes de coïncidences d'autres auteurs.

I.- LES FORMES PUERPERALES DIVISEES EN :

A/- Les formes mentales pures.

Selon le tableau clinique, il distingue :

a) les syndromes confusionnels apparaissant du 2ème au 20ème jour après l'accouchement.

b) les syndromes mélancoliques plus rares.

c) les syndromes maniaques typiques, sans discordance.

d) les syndromes hébéphrénocatatoniques souvent associés à une confusion onirique.

e) les formes délirantes, type bouffées délirantes.

f) enfin des formes particulières, en rapport avec un déséquilibre psychique, formes hystériques, caractérielles, anxieuses.

B/- Les formes neuro-psychiques comprenant :

- les psychoses post-éclampsiques

- le syndrome neuropsychique avec chorée gravidique ; le syndrome de KORSAKOFF gravidique.

Selon l'étiologie, l'auteur distingue les formes infectieuses, les formes toxiques, et enfin les psychoses vitamino-hormonales, liées à un déséquilibre des hormones gonadotropes et de la vitamine E.

Enfin, selon la date d'apparition, il distingue :

- 1) les psychoses gravidiques,
- 2) les psychoses de l'accouchement,
- 3) les psychoses du post partum,
- 4) les psychoses de la lactation,
- 5) les psychoses du sevrage.

II.- LES FORMES PARAPUERPERALES :

Ce sont, soit des psychoses de coïncidence, soit des formes étiologiques associées à l'alcoolisme, la tuberculose, la syphilis.

Depuis 1948, toutes ces notions ont été modifiées par les travaux du Docteur Paul ABELY, qui a donné une nouvelle classification, une nouvelle orientation étiologique et thérapeutique au problème des psychoses puerpérales.

C'est lui, notamment qui a mis en lumière, ces formes pseudo-schizophréniques, survenant sans cause décelable, tant infectieuse que locale, et sans qu'aucun antécédent psychopathique ne puisse être trouvé.

Ce sont donc ses théories que nous allons développer, étayées de quelques observations prises dans son service de Ste-Anne.

- PSYCHOSES PUERPERALES - DEFINITION -

Ce sont des désordres névropathiques ou psychopathiques, survenant au cours de la grossesse ou après l'accouchement, pouvant affecter différents types cliniques, en forme et en gravité, pouvant aller de l'état psychasthénique à la grande crise de mélancolie, du simple énervement à la grande crise d'excitation maniaque.

Ce très grand polymorphisme s'explique par les différences du terrain, tant biologique qu'intellectuel ou affectif, que l'on peut retrouver dans les antécédents.

Selon leur date d'apparition, on distingue deux grands groupes ; les psychoses purement gravidiques et les psychoses du post-partum.

Les psychoses gravidiques se divisent, selon leur date d'apparition en :

- 1) psychoses du début de la grossesse,
- 2) psychoses de la fin de la grossesse,

Les psychoses du post-partum qui se divisent en :

1) psychoses du post-partum proprement dites, affectant trois types symptomatologiques :

- type mélancolique et anxieux,
- type d'excitation,
- et type pseudo-schizophrénique que nous étudierons.

2) psychoses du post-abortum prenant habituellement le masque pseudo-schizophrénique.

- LES PSEUDO-SCHIZOPHRENIES - DELIMITATION -

Plus peut-être qu'en toute autre branche de la Médecine, il importe en Psychiatrie, lorsqu'on veut aborder l'étude d'un syndrome, de le bien définir et de le bien délimiter.

Il faut donc, tout d'abord, exactement différencier les troubles neuro-psychiques de la grossesse, et ceux du post-partum, que l'on

réunit de façon artificielle, sous le terme de psychoses puerpérales.

En fait, il y a très peu de points communs entre les troubles mentaux de la gravidité, et ceux du post-partum, et s'il y a identité de cause, il n'y a aucune parenté.

Grosso modo, on peut dire que les psychoses gravidiques sont des psychoses stress et d'adaptation, alors que les psychoses du post-partum sont des psychoses consécutives à des anomalies de régénérescence, de reconstruction à la fois neurologique, glandulaire et tissulaire réceptive.

Il est en effet habituel, qu'un sujet ayant présenté une psychose gravidique ne fasse pas une psychose du post-partum. Il est même fréquent de voir périr cette psychose gravidique aussitôt après l'accouchement. On peut donc penser que l'on se trouve devant deux étiologies différentes, et de dénommer les premières : psychoses foetales ou placentaires ou encore toxico-gravidiques, alors que les secondes sont des psychoses dont l'étiologie se situe en une perturbation de l'influx diencéphalo-hypophysaire, avec comme conséquences, les troubles portant sur la réceptivité tissulaire générale et sur celle de l'endomètre en particulier.

Cette différenciation fondamentale est d'autant plus indiquée, qu'en vérité il n'y a pas de formes pseudo-schizophréniques dans les psychoses gravidiques.

Les phénomènes de stress qui les accompagnent apportent un bouleversement physiologique temporaire si particulier, que même des malades antérieurement et authentiquement schizophrènes sont souvent sensiblement améliorées pendant leur grossesse. Elles entrent

parfois même en période de rémission surtout dans la deuxième partie de l'état gravidique. Mais hélas, il s'agit de rémission très temporaire, et en général, après la délivrance, la psychose antérieure subit un véritable coup de fouet dans le sens de l'aggravation. Si bien que, contrairement à la croyance populaire, une grossesse n'améliore nullement une démence précoce, bien au contraire..

Ainsi donc, nos cas pseudo-schizophréniques ne concerneront que des psychoses du post-partum et du post-abortionum.

QU'EST-CE QU'UN TYPE CLINIQUE PSEUDO-SCHIZOPHRENIQUE ?

Cette terminologie fréquemment utilisée depuis quelques années exige cependant quelques précisions. S'engager à la poursuite d'une telle précision, c'est évidemment s'aventurer à la recherche des limites et des critères de la véritable schizophrénie. Notre jeune expérience ne nous permet pas de prendre une position personnelle dans les discussions souvent passionnées.

Nous adopterons ici l'opinion de Paul ABELY, opinion qu'il résume ainsi : "Ce qu'on nomme la schizophrénie est une psychose complexe de destruction et de désagrégation de la synthèse mentale, sans véritable affaiblissement intellectuel. Elle ne peut authentiquement survenir qu'après la puberté, c'est-à-dire après l'installation plus ou moins parfaite, plus ou moins fragile, mais cependant définitive et achevée, de la structuration et de l'"intégration".

Cet état schizophrénique aboutit à une anarchie psychique fantomatique, réduite au

fonctionnement de blocs séparés et autonomes. Au milieu de cette anarchie mentale émergent des faux et des vrais critères : les troubles de la psycho-motricité, le fléchissement affectif, la désinsertion du réel, l'autisme, les idées délirantes, la difficulté de sentir le vécu et même les seuls troubles associatifs sont des symptômes importants certes, mais souvent secondaires et non pathognomoniques, car on peut les retrouver dans bien d'autres psychoses ou névroses. Ils n'apportent une réelle valeur au diagnostic que par leur présence d'ensemble.

Les vrais critères sont relativement peu nombreux. Ils sont en général révélés par les tests de projection qui montrent la fragmentation d'expression et de pensée, l'impossibilité de vue d'ensemble, la rigidité, la minutie dans les détails, l'absence du sens comique et du grotesque ou, par l'observation attentive et au jour le jour du comportement déconcertant, insolite et dérisoire du malade. Le plus important de ces critères étant peut-être représenté par les impulsions brutales et imprévisibles, libérant des instincts de destruction.

Ce tableau clinique correspond exactement à l'expression éthymologique du mot "SCHIZO", c'est-à-dire à la destructuration, à la dislocation, à la fragmentation, à la désorganisation. Toute ébauche de structure a disparu, et même dans ses essais délirants, le schizophrène n'est pas capable de structurer son délire.

Ne seront que pseudo-schizophréniques, les états mentaux qui ne montrent pas le tableau d'ensemble de cette destructuration, car ils n'extériorisent que des symptômes isolés et épisodiques, ressemblant par certains côtés à

quelques uns que l'on peut retrouver dans le syndrome schizophrénique.

Souvent ces pseudo-schizophrénies sont d'in-
discutables fausses schizophrénies. C'est
ainsi que l'appoint racial déforme souvent
chez certains sujets la symptomatologie clas-
sique de la psychose maniaco-dépressive, au
point de provoquer au début des erreurs de
diagnostic que l'avenir dissipe bientôt.
C'est ainsi également, qu'un terrain forte-
ment dégénératif aboutit à des bouffées déli-
rantes qui prennent le masque trompeur de la
schizophrénie, que des états stuporeux d'étiolo-
gie variée simulent remarquablement des
états catatoniques. Les paraphrénies elles-
mêmes, avec leur paralogisme, leur fantasti-
que, leur imaginaire, prêtent tout autant
à confusion. Mais absurdités n'est pas dis-
location, ni destructuration, ainsi que le
démontrent, ici encore, les tests de projec-
tion.

La majorité des pseudo-schizophrènes se
trouve, selon l'opinion de Paul ABELY, parmi
les névroses d'échecs (de refuge, d'abdica-
tion, de rébellion, etc...). Dans de tels cas,
il y a certes des troubles de la synthèse
mentale, mais ce sont des troubles synthéti-
ques, électifs, atteignant un matériel diffé-
rent ; une synthèse instinctivo-affective
(celle des psychanalystes) ; loin d'y rencon-
trer une destructuration, on remarque à l'op-
posé, une hyperstructuration pathologique.

Ici encore, l'évolution et la thérapeutique
permettent tôt ou tard de différencier les
deux syndromes.

LES PSYCHOSES DU POST-PARTUM PSEUDO-SCHIZOPHRENIQUES.-

Ayant donc tenté d'expliquer ce que nous entendons par pseudo-schizophrénie, et ayant bien précisé que les pseudo-schizophrénies puerpérales ne se rencontrent que dans le post-partum ou dans le post-abortum, il importe maintenant d'en détailler la symptomatologie.

Nous avons quelques tendances à les situer dans le groupe des pseudo-schizophrénies névrotiques.

Ici, l'"échec" est moins un échec psychologique ou affectif, qu'un échec psycho-physiologique créé par l'incomplétude de la régénérescence neuro-endocrinienne qui suit l'accouchement, régénérescence qu'on a souvent comparée à une nouvelle puberté, et par le retard de remise en fonction de l'influx diencéphalique, de la synergie hypothalamo-hypophysaire. La preuve en est d'ailleurs fournie par le retard constant et très anormalement prolongé du retour de couches. D'ailleurs, lorsque celui-ci se rétablit, la perturbation psychique s'apaise fréquemment.

Par ailleurs, si chez ces pseudo-schizophrènes, on ne retrouve pratiquement jamais la notion de psychoses antérieures, il est en revanche à peu près constant de retrouver chez presque toutes une constitution névrotique habituelle, surtout à base hystéro-paranoïaque ou psychasthénique. Cette association de terrain névrotique et de retard de la régénérescence neuro-endocrinienne se contrôle encore mieux dans les pseudo-schizophrénies du post-abortum. Les troubles mentaux succédant à cette étiologie prennent en effet presque exclusivement cette présentation clinique.

C'est qu'en effet, un avortement, surtout provoqué, est un élément traumatisant au point de vue nerveux. Fréquemment, il est décidé en plein désarroi affectif, au milieu de conflits éthiques, familiaux, moraux, sociaux, religieux, parfois angoissants.

A cette panique morale, s'associe souvent la peur physique, celle des conséquences futures possibles, ainsi qu'une atmosphère de drame et de clandestinité. C'est ce conditionnement psychologique qui explique, semble-t-il, pour une grande part, ce type pseudo-schizophrénique du post-abortum.

Mais un accouchement parvenu à terme peut s'accompagner aussi de traumatismes nerveux chez un sujet pusillanime, sensitif ou psychasthénique.

Lorsqu'on analyse minutieusement la symptomatologie de ce type clinique, on retrouve en effet fréquemment des signes de la série schizophrénique : troubles psycho-moteurs, grande dispersion de la tension, agitation d'allure catatonique, activités mal coordonnées, improductives et impulsives, rires mal adaptés, mimiques grimaçantes, négativisme et opposition, phases de stupeur, parfois même, mais plus rarement schizophasie, mauvais contact : mais jamais ces symptômes ne sont exactement groupés et n'aboutissent à une présence d'ensemble.

C'est surtout quand on fouille plus attentivement l'affectivité, que se retrouvent chez ces parturientes des particularités que nous avons décrites comme essentielles : l'hostilité est électivement dirigée vers le père de l'enfant (mari ou amant) ; parallèlement, apparaissent contre ce même personnage des idées

de jalousie, qui donnent prétexte à alimenter cette hostilité. Il n'y a pas une véritable totale inaffectivité, plutôt une affectivité de jeu, capricieuse, boudeuse, paradoxale, querelleuse, mobile d'un jour à l'autre. Il est, enfin, un signe capital, à savoir : la conservation intégrale de l'amour maternel surtout si d'autres enfants existent déjà, antérieurement à la dernière naissance. Il est classique de retrouver sous leur oreiller ou dans leurs bagages, des photographies de ces enfants qu'elles contemplent en cachette.

La façon de s'exprimer n'a pas la tonalité puérile si fréquente chez l'hébéphrène authentique. Enfin, la régression infantile est en général absente.

Lorsqu'on possède la notion d'un accouchement récent, l'attention est aussitôt attirée par l'atypisme de cette présentation schizophrénique. Mais il n'en est plus de même, lorsqu'on ignore cette étiologie ou cette coïncidence, et qu'on se trouve devant une psychopathe malade depuis un an et souvent plus, et ayant déjà subi toutes les thérapeutiques classiques sans succès. Il importe alors de bien situer la date des troubles psychiques et de rechercher le voisinage de ce début, avec un incident obstétrical.

Il importe tout autant de rechercher la présence, souvent retrouvée, de la persistance d'une sécrétion lactée au niveau des seins, les anomalies de la menstruation (aménorrhée ou dysménorrhée) qui n'existaient pas auparavant. Il est également indispensable de contrôler, par l'étude histologique des frottis vaginaux, les troubles de la réceptivité tissulaire aux hormones à ce niveau.

EVOLUTION - PRONOSTICS ET TRAITEMENT -

Une psychose puerpérale guérit toujours dans un délai de un à trois mois. On assiste, en général, dès le début du traitement, à une régression des symptômes, régression plus ou moins lente suivant les cas, et quelquefois deux ou trois séries de traitements seront nécessaires pour rétablir l'équilibre.

N'apparaîtra plus à la fin, que l'état psychopathique antérieur.

Le traitement du post-partum et du post-abortum est le même ; il vise un même but : rétablir l'équilibre du fonctionnement hypothalamo-hypophysaire, améliorer la réceptivité tissulaire, lutter contre la fièvre, la déshydratation, l'hyperazotémie secondaire.

Il faudra donc, d'emblée, éliminer les thérapeutiques classiques des schizophrénies, cures de SAKEL ou ganglioplégiques, type chlorpromazine qui, en particulier pour le dernier, risqueraient d'amener une phlébite chez cette jeune accouchée, sans lui apporter l'amélioration désirée.

Ainsi donc, la thérapeutique comprendra : la réhydratation qui sera faite, soit par voie intraveineuse, soit par sonde nasale. La réhydratation par voie sous-cutanée avec du sérum isotonique glucosé par exemple, est en général aléatoire et très mal résorbée.

Parallèlement, on pratique aussi longtemps que persistera l'hyperthermie, quelques injections intraveineuses d'iodohexamine ; les antibiotiques sont très souvent inactifs. On surveillera la bonne évacuation intestinale et vésicale.

Ensuite, on devra s'adresser aux thérapeutiques directement hypophysaires, mais deux cas vont alors se présenter :

1) Ou bien la malade est agitée, il faudra alors pratiquer les injections intra-musculaires d'hormones gonadotropes, type "A", ou gonadotropines sériques 400 à 1000 U.I. par jour, pendant 4 à 5 jours.

2) Ou la malade est déprimée, on utilise, dans ce cas, les hormones de type prédominant "B", ou gonadotropines chorioniques 1000 U.I. pendant 4 à 5 jours.

Ces traitements amènent le plus souvent l'apaisement désiré, mais ils peuvent rester cependant incomplets ou transitoires, et on s'expose dans une assez forte proportion, à des rechutes au moment du retour de couches ou des nouvelles règles. Aussi, est-il utile, sinon indispensable, de recourir à la pneumo-encéphalographie gazeuse, par injections, par voie rachidienne, d'oxygène pur en partant de l'oxygénateur de Bayeux. (On prélève 30 cm³ de liquide céphalo-rachidien que l'on remplace par 30 cm³ d'oxygène, puis on prélève à nouveau 30 cm³ de liquide céphalo-rachidien, et on réinjecte une quantité suffisante d'oxygène pour que la pression finale au manomètre de Claude soit sensiblement supérieure à la pression initiale). On rétablit ainsi l'équilibre diencéphalique.

Pour être vraiment efficace, cette encéphalographie doit être faite à la période immédiatement préovulaire, aussitôt après la fin des règles ou du retour de couches, mais si celui-ci tardait trop, il conviendrait de recourir à cette technique à un moment quelconque ; presque aussitôt après, la menstruation se rétablit.

Une semaine plus tard, cette intervention doit être obligatoirement complétée par trois électro-chocs successifs, à raison de 1 par jour.

Quelquefois, mais exceptionnellement, il faut attendre la deuxième menstruation, et recommencer la pneumo-encéphalographie, cela afin d'obtenir un résultat de stabilité définitive.

Cette technique a aussi l'avantage de préparer pour des grossesses futures, la stabilité du complexe hypothalamo-hypophysaire et d'éviter ainsi le retour d'accidents névropathiques, lors d'autres accouchements.

Quelquefois, dans les formes pseudo-schizophréniques traînantes, la guérison est incomplète et fragile. Ce sont les cas où un contrôle biologique des urines montre une chute marquée des onze oxycorticostéroïdes. Ils sont heureusement transformés par l'absorption de quelques comprimés de Cortisone, à petites doses, 1 à 2 comprimés par jour, à 0,25 mg pendant une dizaine de jours.

Dans tous ces syndromes psychopathiques du post-partum et du post-abortum, il est indispensable de contrôler souvent la persistance anormale d'une sécrétion lactée. Si celle-ci persiste, deux cas se présentent :

1) existence de signes de diathèse spasmodique (signes de Chvostek positifs, petite tétanie, angoisse paroxystique anidétique). Celle-ci impose l'abstention rigoureuse de toute thérapeutique folliculinaire qui accentuerait la spasmophilie. Il faut bander énergiquement les seins et recourir aux injections intramusculaires de testostérone : 25 à 50 mg par jour, pendant trois jours.

2) En l'absence de signes de spasmophilie, on s'adresse alors aux injections intramusculaires de folliculine à raison de 5 mg par jour, associée ou non à la gonadotropine séri-que. En 4 à 5 jours environ, la sécrétion lac-tée disparaît. Si malgré tous ces traitements, l'amélioration était incomplète, et si surtout la menstruation ne se rétablissait pas, il faudrait alors penser à un défaut de récepti-vité tissulaire, spécialement au niveau de l'endomètre, contrôlé par frottis vaginaux. Il serait alors utile de confier la malade à un gynécologue pour un curetage superficiel et élémentaire, qui a l'avantage de revigorer la muqueuse, et de rétablir cette réceptivité déficiente.

TRAITEMENT PROPHYLACTIQUE -

Il est à envisager pour les grossesses futu-res. Certains auteurs avaient pensé à l'utili-té d'un avortement médical thérapeutique, mais nous avons déjà dit qu'un avortement pouvait aboutir, dès la fin du deuxième mois, à une psychose du post-abortum. Il est donc formelle-ment contre-indiqué. Il ne serait à discuter, exceptionnellement, que dans les cas de trou-bles mentaux graves, se renouvelant à chaque grossesse, et cela après la preuve de trois ou quatre fois au moins ; et dans une telle hypo-thèse, pour l'avenir, il y serait préférable d'envisager une ligature des trompes.

En réalité, il est des mesures prophylacti-ques plus rationnelles et moins dangereuses ; nous avons déjà signalé le rôle prophylactique de la pneumo-encéphalographie gazeuse pour l'ave-nir. Il faut surtout suivre régulièrement pen-dant la grossesse, et dès le début du post-partum les femmes redevenues enceintes après un premier incident psychopathique antérieur.

Dans les premiers mois, contrôle fréquent de la tension artérielle et dosages répétés du prégnandiol dans les urines.

Dans les derniers mois, contrôle de la calcémie et dosages urinaires de la folliculine.

Aussitôt après le post-partum, surveillance attentive de l'hydratation, des émonctoires, de la température, des sautes anormales de l'humeur. Enfin, si l'accouchée ne doit pas allaiter, il est indispensable de supprimer radicalement toute sécrétion lactée.

Ces traitements récents des psychoses puerpérales ont totalement modifié la sévérité antérieure de leur pronostic. Ils se sont montrés également aptes à rétablir un équilibre mental depuis longtemps compromis, quelquefois plusieurs années après, et dont on ignorait l'étiologie précise. C'est dire qu'il est maintenant d'autant plus précieux de dépister, même tardivement, une telle étiologie, puisqu'on peut aujourd'hui, en supprimer les conséquences.

OBSERVATIONS

- : ~

Nous allons maintenant présenter quelques observations de psychose puerpérale, parmi les plus typiques de celles que nous avons pu observer, à Ste-Anne, dans les services de Paul ABELY.

OBSERVATION I -

Il s'agit de Madame T...

Agée de 21 ans, entrée à l'Hôpital Henri Rousselle au mois de mars 1951, avec le certificat suivant : sentiments d'étrangeté, réponses lentes évasives, associations verbales du type schizophrénique, désorientation, agitation.

A l'examen, on note : une excitation psychomotrice avec mutisme entrecoupé de déclarations, gros troubles de l'attention, hypermimie prononcée, théâtralisme, alternance de phases d'inertie et d'agitation, au cours desquelles elle développe un sentiment marqué d'opposition vis-à-vis de son mari, avec délire de jalousie. Eléments confusionnels importants - discordance.

Entrée peu avant son hospitalisation en clinique privée, où elle a été traitée pour crise d'excitation psychomotrice par une série de 9 électro-chocs, sans aucun résultat.

ANTECEDENTS PERSONNELS -

D'après les renseignements recueillis par son

médecin traitant, il s'agit d'une personne lente, rêveuse, apathique, présentant un léger retard psychique, avec hyper-émotivité, retard du développement, infantilisme psychique. Réglée à 15 ans, pas d'antécédents héréditaires. Mariée en 1948 ; 1er accouchement en 1949 ; 2ème accouchement le 9 octobre 1950 ; nourrit son enfant. Le début des troubles date environ de 3 mois après le second accouchement.

A l'examen physique, on note un signe important : persistance de la sécrétion lactée.

Il s'agit donc, de toute évidence, d'une psychose puerpérale de présentation pseudo-schizophrénique, avec agitation confusionnelle.

TRAITEMENT A L'HOPITAL --

Début du traitement le 27 mars 1951.

La malade étant hyperthermique, on pratique 750 cm³ de sérum intraveineux et deux injections d'iodohexamine, tous les jours, pendant 4 jours. Le 5 avril, on pratique une encéphalographie gazeuse de 60 cm³ et les 12, 13 et 14 avril, un électro-choc. Le 1er mai, retard des règles. Injection de 2 prostigmine par jour. Arrivée des règles le 3 mai. L'état ne s'étant pas amélioré, une 2ème encéphalographie gazeuse est décidée. Pratiquée le 9 mai, avec électro-chocs les 15, 16 et 17 mai.

EVOLUTION --

A partir de cette date, l'état mental de cette malade s'améliore rapidement. L'agitation psychomotrice a disparu. On ne note ni troubles de l'attention, ni éléments confusionnels. La malade sort, définitivement guérie le 26 mai 1951.

Il s'agit là d'une psychose puerpérale absolument typique, avec présentation schizophrénique, où il a fallu rechercher la notion d'accouchement pour mettre fin à l'erreur de diagnostic et de traitement du début. Il faut relever dans les antécédents de la malade l'état psychopathique antérieur, hyperémotif, avec débilité légère, sur lequel nous avons déjà insisté. Il faut également noter l'hostilité marquée qu'elle présentait à l'égard de son mari, la persistance d'une sécrétion lactée. Tous ces faits amenant au diagnostic certain de psychose du post-partum.

Au cours du traitement, la lère encéphalographie gazeuse n'ayant pas amené l'amélioration désirée, la seconde a été pratiquée immédiatement après les règles, à la période pré-ovulaire.

Sortie guérie, le 26 mai 1951, cette malade a été suivie régulièrement. A nouveau enceinte au mois d'août 1951, elle est régulièrement venue à la consultation à partir du 4ème mois.

A accouché sans aucun incident le 21 juin 1952.

On peut donc considérer cette guérison comme totale.

OBSERVATION II

Il s'agit de Madame D...

Agée de 22 ans, entrée le 29 mars 1952, avec le certificat ainsi conçu : état confusionnel consécutif à un état d'excitation maniaque ; traitée par électro-chocs à Laënnec. Désorientation, apparente indifférence, bavardages sans suite, opposition, négativisme, idées d'influence.

Troubles du comportement, indifférence envers elle-même, Schizophrénie.

EXAMEN DE LA MALADIE -

Examen somatique: Bon état général, apyrétique ; tension artérielle : 11-7, pouls 72. Pas de signes de Chvostek, réflexes normaux, pupilles légèrement contractées ; persistance d'une sécrétion lactée à la pression des seins.

EXAMEN PSYCHIQUE -

Etat confusionnel marqué, avec anxiété diffuse, opposition marquée, loquacité, désorientation temporo-spatiale, troubles de l'attention, désordre du comportement, avec irritabilité épisodique. Négligence du ménage, indifférence apparente, automatisme mental.

INTERROGATOIRE DE LA MERE -

Début des troubles le 2 mars 1952, marqué par une hyper-loquacité. Le lendemain, ne veut pas aller travailler, fait des dessins sur les murs, ne dort pas. Le 7 mars, hospitalisée à Laënnec (5 électro-chocs) ; pas d'amélioration, au contraire, l'état confusionnel s'installe.

ANTECEDENTS -

Mariée depuis 15 mois, assez mal réglée.

Accouchement en mai 1951, après une grossesse normale, sans aucun trouble mental. Allaitement jusqu'en Juillet de la même année.

ANTECEDENTS PATHOLOGIQUES -

Episode méningé à 8 ans, psychasthénie à partir de l'âge de 15 ans. Dès Juillet 1951,

commence à se désintéresser de son ménage et de son enfant.

TRAITEMENT -

Est entrée à l'hôpital le 29 mars 1952, présentant une légère fièvre à 38°1. Traitement d'iodohexamine, les 30 et 31 mars 1952 -
Présence de sécrétion lactée : benzogynestril 5
3 injections à 1 jour d'intervalle. Survenue des règles le 10 avril, se terminant le 13 avril.

Encéphalographie gazeuse le 15 avril.

22, 23, 24 avril, électro-chocs.

Amélioration passagère, nouvelles règles le 12 mai, se terminant le 15 mai.

Nouvelle encéphalographie gazeuse, le 20 mai, avec 3 électro-chocs les 26, 27 et 28 mai 1952.

Nette amélioration après traitement.

Envoyée en permission de 10 jours chez elle.

Au retour de permission, petite rechute.

Traitée par électro-chocs et gonadotropine.

Sort le 3 septembre 1952, guérie.

Il s'agit donc, une fois encore, d'une psychose du post-partum, ayant pris le masque d'une véritable schizophrénie ; mais pour laquelle, encore une fois, on doit noter quelques antécédents psychopathiques, la persistance d'une sécrétion lactée.

Il est remarquable de noter que les troubles

ne sont nettement apparus que 10 mois après l'accouchement, et qu'il a donc fallu penser à la psychose puerpérale, rechercher la notion de l'accouchement pour faire le diagnostic et imposer un traitement correct.

OBSERVATION III -

Il s'agit de Madame C...

Agée de 21 ans, entrée à l'Hôpital Ste Anne le 27 février 1949, venant de l'Infirmierie Spéciale, avec le certificat ainsi conçu : automatisme mental. Hallucinations auditives, psychoses discordantes ; insultes ; menaces ; commentaires des actes ; échos de la pensée. Hallucinations olfactives ; hallucinations génitales. Masturbation à distance. Incohérence des propos. Différence de la pensée. Amimie discordante. Suggestibilité. Indifférence. Incurie de son sort. Phases d'agitation avec agressivité et menaces de mort à sa tante. Orientation indécise.

A l'examen, on note :

état confusionnel atypique sur fond schizophrénique. Désorientation temporo-spatiale. Imprécision des idées. Incohérence des propos. Troubles de l'attention. Sentiments d'étrangeté. Suggestibilité extrême et fabulation. Onirisme auditif et visuel. Quelques troubles scénesthésiques. Quelques idées délirantes, d'influence, avec automatisme mental net. Humeur très mobile. Hostilité marquée à l'égard du mari. Impulsivité. Irritabilité, avec phases d'agitation.

ANTECEDENTS -

Cette malade a accouché au mois de Juillet 1948. A allaité normalement son enfant. Le

début des troubles remonte au mois de janvier 1949. A cette époque, a quitté son foyer, est venue à Paris chez sa tante, accompagnée de son enfant. Elle néglige son ménage, est dans un état d'indifférence avec quelques impulsions. Les troubles prennent toute leur ampleur au début du mois de février 1949. Quitte son mari, avec rêves de compensation, reportant toute son affection sur un nommé "Jacques" qu'elle a vu une fois, qu'elle rêve d'épouser. L'amour maternel est absolument conservé.

Auparavant, il s'agissait d'une personne hyperémotive, instable, présentant une légère hypertrophie thyroïdienne.

- TRAITEMENT A L'HOPITAL -

Il faut d'abord calmer la malade, très agitée. Somnigène intraveineux. Lutogyl, 1 ampoule par jour, pendant 3 jours. Une encéphalographie gazeuse est pratiquée le 25 avril 1949, suivie une semaine plus tard, de trois électro-chocs à un jour d'intervalle. Très légère amélioration, mais nécessité d'une seconde encéphalographie gazeuse le 10 mai.

A partir de cette période, l'état s'améliore, avec légère rechute au moment des règles survenues le 17 mai.

Une troisième encéphalographie gazeuse est pratiquée le 26 mai, suivie de 3 électro-chocs amenant bientôt la sédation de tous les symptômes pathologiques observés jusqu'alors.

Notamment, accepte de recevoir son mari, envisage de reprendre une vie normale avec lui. Reste encore en observation quelques

temps à l'hôpital, et sort définitivement guérie le 26 juillet 1949.

Il s'agit ici d'une psychose du post-partum typique ayant le masque presque complet d'une schizophrénie véritable, chez laquelle le traitement classique des psychoses puerpérales a amené une guérison totale en 5 mois.

OBSERVATION IV -

Il s'agit de Madame N...

Agée de 24 ans, entrée à l'hôpital de Ste Anne le 8 février 1952, avec le certificat suivant : présente un état caractérisé par prostration anxieuse, larmes, avec idées de persécution floues, diffuses, variables. "On a voulu empoisonner son enfant avec des dragées ; on lui a fait boire du bromure et de la cocaïne ; on lui cache les clefs ; on l'empêche de voir le médecin qui la sauverait". Vellétités vagues de déposer une plainte au commissariat ; phénomènes hallucinatoires probables. Réticences.

EXAMEN A SON ENTREE A L'HOPITAL -

Il s'agit d'un état confusionnel et anxieux, avec idées délirantes, survenu 5 mois après un 1er accouchement (le 28 août 1951). Elle s' imagine de nouveau être enceinte. Orientation incertaine. Troubles certains de l'attention. Imprecision des idées. Présente en outre, un délire de persécution avec hostilité marquée à l'égard du mari ; avec idées de jalousie et d'influence. Son mari veut se débarrasser d'elle ; il sort le soir ; il l'enferme à clef ; a voulu l'empoisonner avec des drogues, ainsi que son enfant qu'il n'aime pas. Hallucinations olfactives (goût de sang dans la bouche), troubles

cénesthésiques. A tout ceci est jointe une note dépressive et anxieuse nette. Pleurs. asthénie, insomnie. L'amour maternel est absolument conservé.

ANTECEDENTS -

Les troubles sont apparus vers le 27 janvier, lors d'une brusque suppression d'allaitement.

Ont commencé par une simple anxiété, quelques imprécisions d'idées, pour aboutir finalement au tableau que l'on vient de décrire.

Pas d'antécédents psychopathiques notables.

EXAMEN PHYSIQUE -

Pas d'hyperthermie, petite infection vaginale avec leucorrhées. Pas de signes de Chvostek, mais présence persistante de lait dans les seins.

EVOLUTION - TRAITEMENT -

Il s'agit avant tout d'arrêter la sécrétion lactée. 3 injections de Benzogynestril à 5 mg, à un jour d'intervalle. Les règles surviennent les 19, 20, 21 et 22 février et, dès cette date, sans qu'aucun autre traitement ne soit intervenu, l'état de la malade s'améliore rapidement. Un traitement local est institué, guérissant rapidement l'infection vaginale qu'elle présentait. Le 1er mars 1952, cette malade sort de l'hôpital, guérie.

Il s'agit d'une psychose puerpérale du post-partum ayant le masque d'une schizophrénie, survenue après sevrage brutal, remarquable par le fait qu'elle ait guéri par simple rééquilibrage.

tion hormonale, sans qu'aucun traitement de choc n'ait eu besoin d'intervenir.

OBSERVATION V -

Il s'agit de Madame M...

Agée de 27 ans, entrée dans le service le 9 juillet 1950 avec le certificat suivant : troubles mentaux caractérisés par une désorientation temporo-spatiale, des idées délirantes, incohérentes et labiles, des périodes d'hostilité avec mutisme et refus d'alimentation. Cet état est apparu 10 jours après un accouchement normal à terme. Des électro-chocs, un traitement hormonal et un million d'unités de pénicilline semblaient avoir diminué cet état post-puerpéral, mais au bout de trois jours d'amélioration, rechute, et depuis pas de changement.

EXAMEN PSYCHIQUE A SON ENTREE A L'HOPITAL -

Il s'agit d'un état confusionnel d'allure schizophrénique, avec imprécision des idées et des souvenirs récents. Troubles de l'attention, Sentiments d'étrangeté du milieu extérieur. Semi-mutisme. Impressions vagues de transformation du corps. Onirisme intense. Opposition périodique. Aspect hagard, avec anxiété marquée.

ANTECEDENTS -

Accouchement le 31 mai 1950. Pendant la grossesse, fatigabilité extrême, mais grossesse normale par ailleurs. Accouchement normal d'un enfant à terme. Les troubles sont survenus brutalement quelques jours après l'accouchement à l'Hôpital Beaujon, où elle avait été accouchée. Traitée à ce même hôpital

par électro-chocs, aucun résultat notable n'est obtenu.

On ne retrouve aucun antécédent pathologique personnel ou familial.

EXAMEN PHYSIQUE A SON ENTREE -

Apyrétique, coeur normal, tension artérielle 11-8, réflexes normaux, persistance d'une sécrétion lactée abondante.

TRAITEMENT -

Les 10-11 et 12 juillet, 10 mg de benzogynestril intramusculaire. Survenue des règles les 19, 20 et 21 juillet. Encéphalographie le 23 juillet, suivie de 3 électro-chocs, une semaine plus tard. La sécrétion lactée persistant, une nouvelle série de 3 benzogynestril est pratiquée. Peu d'amélioration. Le mois suivant, on note un arrêt des règles. Nouvelle encéphalographie gazeuse tentée sans succès (P.L. impossible à pratiquer). Au mois de septembre, état toujours stationnaire. Aménorrhée persistante. Le 16 octobre, une encéphalographie gazeuse est pratiquée et 3 électro-chocs une semaine après, à un jour d'intervalle. Le cycle menstruel ne se rétablissant pas, l'état mental de cette malade ne s'améliorant que de façon très relative, on institue un traitement à la poudre d'ovaires, à raison de 20 cg pendant un mois.

Les règles se rétablissent le 7 décembre. Une nouvelle encéphalographie gazeuse est alors tentée, mais ponction lombaire toujours impossible à pratiquer. Au mois de janvier 1951, les règles surviennent normalement les 14, 15, 16 et 17 janvier. Une encéphalographie gazeuse est à nouveau tentée le 22 janvier et pratiquée avec succès, suivie de 3 électro-chocs une semaine plus tard. L'état mental de cette malade s'amé-

liore alors extrêmement rapidement. Le cycle menstruel se rétablit normalement, et la malade sort guérie, le 17 février 1951.

Il s'agit bien entendu d'une psychose puerpérale du post-partum à forme pseudo-schizophrénique, sur laquelle il convient de noter :

1° - l'inefficacité manifeste d'un traitement inapproprié, instauré dès l'apparition des troubles;

2° - les difficultés thérapeutiques auxquelles l'on s'est heurté ensuite par le fait de l'aménorrhée persistante, amenant de constantes rechutes après une amélioration éphémère. C'est dire qu'il a fallu attendre le rétablissement d'un cycle normal, pour obtenir du traitement toute son efficacité, et pouvoir affirmer une guérison complète.

Les quelques observations que nous venons d'étudier illustrent bien les théories que nous avons précédemment développées. Chez ces 5 malades, l'examen mental immédiat montre une présentation schizophrénique presque typique pour laquelle on serait tenté d'appliquer des thérapeutiques intempestives. Dans deux des cas que nous avons rapportés, l'erreur a été faite. Ces thérapeutiques ont été employées avec un insuccès total. La pseudo-schizophrénie puerpérale est pourtant bien différente de l'hébéphrénocatatonie véritable. On retrouve toujours dans cet état confusionnel des thèmes de persécution, avec hostilité à l'égard du mari. L'indifférence n'est pas totale; car si l'on peut noter un abandon ou un désintérêt du ménage, l'amour maternel se trouve chaque fois conservé?

On ne retrouve pas la classique athymie schizophrénique. Enfin, si l'examen mental peut laisser planer quelques doutes, l'anamnèse a

vite fait de les lever. Chez une accouchée, le plus souvent récente, mais parfois, et nous l'avons vu, chez une accouchée ancienne, la psychose s'est développée insidieusement, pour éclater brutalement plusieurs mois après, à l'occasion d'un traumatisme affectif ou biologique. La psychose puerpérale n'est plus évidente, et c'est alors que prend toute sa valeur, l'examen physique, qui doit permettre de retrouver la persistance d'une sécrétion lactée quasi-constante chez cette femme, dont l'interrogatoire aura fait apparaître une notion d'accouchement même ancien. Au total, il faut donc éviter l'erreur d'un diagnostic hâtivement posé, car une psychose puerpérale guérit toujours, lorsqu'on lui applique une thérapeutique appropriée.

LES PSYCHOSES PUERPERALES DU POST-ABORTUM

-:-

Nous en ferons un chapitre spécial. Non que la symptomatologie ou le traitement diffèrent beaucoup, mais elles surviennent dans un climat tout autre, fait de réticences, entourées d'une atmosphère de drame, et où le traumatisme affectif joue un rôle important.

Il ne faut jamais négliger la possibilité d'une psychose du post-abortum. A tel point, que lorsqu'on aborde une psychopathe de 18 à 45 ans, il faut toujours avoir présente la possibilité de cette étiologie ; aussi bien devant un sujet jeune, devant une célibataire de situation sentimentale imprécise, que devant une femme mariée, déjà mère de famille. Cette notion de psychoses du post-abortum nous la devons à Paul ABELY qui eut l'occasion de rapporter la lère observation, observation que nous allons reproduire et qui ouvrirait la voie tous les travaux ultérieurs :

"Il y a quelques années, arrivait dans le service de Paul ABELY, à Ste Anne, une jeune fille de 25 ans, qui depuis 4 ans était atteinte de troubles mentaux. Ceux-ci ressemblaient beaucoup à une schizophrénie, si bien que l'intéressée avait subi toute la série des thérapeutiques appliquées à ce syndrome : cure de SAKEL, pyrétothérapie, cardiasol, électro-chocs. Aucune de ces thérapeutiques n'avait été efficace, et de trop longs séjours en maisons de santé privées avaient peu à peu épuisé les

ressources familiales. Ainsi donc, Melle X... échoua à l'hôpital psychiatrique. On ne retrouvait dans son hérédité aucune fragilité mentale connue, et dans son propre passé aucune notion d'atteinte infectieuse ou traumatique. Jusqu'à 21 ans, son comportement n'avait jamais attiré l'attention. Cependant, on retrouvait chez elle tous les signes classiques de l'hébéphrénie : barrages, discordance, troubles du cours de la pensée, affectivité paradoxale, ironie morbide, brusques réactions impulsives, incurie, maniérisme.

A chaque période prémenstruelle, elle passait par une phase violente d'allure catatonique. Quelques traitements hormonaux appliqués dans la période préovulaire, furent inopérants.

Les parents n'apportèrent aucune précision supplémentaire, vantant la conduite irréprochable de leur fille. Un jour, cependant, au cours d'un prélèvement de frottis vaginaux, il apparut que la virginité de la malade était un peu moins certaine, ce que confirma un examen gynécologique plus précis. C'est ainsi qu'en désespoir de cause, on pratiqua chez elle, dès la prochaine période préovulaire, une pneumo-encéphalographie gazeuse, suivie d'électro-chocs. Il s'ensuivit une amélioration nette, mais transitoire.

Un mois plus tard, à une nouvelle phase du cycle, et toujours à la période préovulaire, on pratiqua une nouvelle encéphalographie gazeuse. La malade retrouva alors toute son intégrité mentale, et quitta le service, guérie, trois mois après son entrée. Ce n'est que beaucoup plus tard, à l'occasion d'une visite qu'elle avoua avoir eu un avortement, et c'est ainsi que fut établie de façon certaine la notion de psychose du post-abortionum".

Les avortements responsables de ces désordres mentaux peuvent survenir à un moment quelconque de la gestation, mais il apparaît que ce sont les interruptions de grossesse, provoquées après le 2ème mois, et avant le 4ème mois, qui sont les plus graves. Elles peuvent être plus importantes et plus tenaces que les psychoses du post-partum. Leur physiologie pathologique fait deviner le profond bouleversement psychosomatique qu'elles provoquent. Ce sont, en effet, dans ces tout premiers mois, que se contrôlent les phénomènes d'adaptation à une situation nouvelle. Phénomènes caractérisés tout d'abord, par une phase d'épuisement, alors que l'équilibre gravidique encore anarchique s'installe progressivement. En passant par des phases biologiquement contrôlées aujourd'hui, de défaillances cortico-surréaliennes et de montées des hormones gonadotropes qui ne se stabilisent que lorsque la prise en charge par le placenta sera totalement réalisée, c'est-à-dire pas avant le 3ème mois. Pendant toute cette période, l'équilibre hormonal Progestérone-Folliculine restera précaire et variable, suivant les sujets. C'est précisément dans cette période hyper-critique que je situe les avortements provoqués, bouleversant ainsi avec une extrême brutalité, un début d'adaptation. On devine ainsi que les retentissements psychiques les plus sérieux et les plus fréquents se situent entre le 1er et le 3ème mois. Et l'on peut contrôler que contrairement à ce que l'on a pu penser, les retentissements psychiques sont moins importants à mesure que les fausses couches se réalisent à un stade plus avancé de la grossesse.

L'agent causal abortif est également très important à connaître, car au bouleversement physiologique général, s'ajoutent les bouleversements électifs, consécutifs aux moyens employés.

C'est ainsi que des injections massives d'œstrogènes n'ont pas les mêmes conséquences qu'une interruption mécanique, par sonde par exemple, ou que l'absorption de substances particulières, apiol, quinine ou armoise. Et si toutes aboutissent à un décollement de l'œuf, certaines y ajoutent un appoint hautement toxique ou une action hormonale explosive, sans parler des réactions toxi-infectieuses locales, hémorragiques ou rétentionnelles.

Faire le diagnostic d'une psychose du post-abortum est généralement très difficile. Car il est toujours à peu près impossible d'en obtenir de l'entourage un aveu spontané. Le plus souvent, non seulement l'entourage dissimule l'incident médical, mais même s'il devine quelques soupçons, il tente d'égarer le médecin en invoquant des étiologies diverses.

La malade, si elle reste relativement consciente, adopte la même attitude. Ces réticences s'expliquent d'ailleurs bien par la peur d'une sanction pénale, la crainte de représailles d'un mari ou d'un amant longtemps absent, la crainte d'entacher la réputation d'une jeune fille à marier. D'autres fois, il s'agit d'un inceste ou d'un viol que l'on veut taire, et souvent encore, les parents ignorent tout du drame qui s'est joué.

Il faut pouvoir user d'arguments péremptoirs, menacer au besoin pour obtenir l'aveu nécessaire, ou encore mettre la malade ou la famille devant les preuves telles qu'elles ne puissent plus nier :

1° - tout d'abord, la présence et la persistance d'une sécrétion lactée qu'il faut savoir rechercher avec patience des deux côtés, et il arrive qu'on la retrouve même après plusieurs années, car en général, après un avorte-

ment, on ne prend jamais les précautions habituelles pour tarir ces sécrétions, comme après un accouchement normal.

2° - ensuite, une irrégularité, une profonde modification des règles qui ne s'était jamais manifestée autrefois, pouvant aller jusqu'à l'aménorrhée.

3° - Enfin, les frottis vaginaux pourront, si besoin est, montrer des anomalies cellulaires typiques.

SYMPTOMATOLOGIE -

C'est une pseudo-schizophrénie, et comme dans les psychoses du post-partum, si l'on retrouve beaucoup de signes de la série hébéphrénocatatonique, il en est d'autres qui manquent. L'affectivité, en particulier, n'est pas troublée de la même façon. Il n'y a pas totale inaffectivité, mais plutôt une affectivité de jeu, paradoxale, capricieuse, mobile. L'hostilité familiale n'est pas habituelle, elle est spécifique, et comme dans les psychoses du post-partum, électivement dirigée contre le mari ou l'amant.

Il n'y a pas de constante apathie ou inertie, mais une certaine activité plus ou moins cohérente, souvent impulsive et improductive. Le visage n'est pas atone, mais boudeur, éclairé d'une lueur ironique bizarre. Tout en étant troublé, le contact de la conversation se fait mieux qu'avec le schizophrène véritable. Enfin, l'aspect puéril de l'élocution de l'hébéphrène véritable manque le plus souvent. Il n'y a pas à proprement parler de régression infantile, mais l'on observe presque toujours des stéréotypies diverses, un négativisme net, des impulsions qui rendent le diagnostic parfois très difficile. Il ad-

vient donc que ces malades arrivent aux mains du psychiatre plusieurs années après le début des troubles, et l'absence totale de renseignements étiologiques en impose pour le diagnostic de schizophrénie.

Donc, chez toute psychopathe présentant depuis un temps plus ou moins long un tel état mental, il faut rechercher avec entêtement et persévérance la possibilité d'un incident obstétrical, même lointain, surtout si dans le passé on ne retrouve aucun trouble mental, aucune tendance à l'autisme ou à la discordance. Dans le doute, penser une fois de plus au contrôle de la sécrétion lactée et au contrôle biologique des frottis vaginaux.

TRAITEMENT -

Il consiste comme dans les psychoses du post-partum à revigorer le diencéphale, par des pneumo-encéphalographies gazeuses pratiquées en période préovulaire, si la menstruation existe, et à n'importe quel moment s'il existe une aménorrhée. Cette encéphalographie est dans tous les cas suivie d'une série de 3 électro-chocs. Plus la psychose du post-abortum est ancienne, et plus elle est résistante. Aussi, doit-on recourir à plusieurs encéphalographies pour aboutir à un résultat probant.

A cette thérapeutique, il faut associer souvent une injection de gonadotropine, surtout chorionique. Dès que l'amélioration est obtenue, il faut aussitôt l'exploiter au maximum par ergo-thérapie et sortie d'essai. Mais conjointement et obligatoirement, il faut radicalement tarir la sécrétion lactée si elle existe depuis un temps plus ou moins long. En effet, la montée laiteuse s'accomplit aussi bien dans un avortement que dans un accouchement à terme. Mais, dans ce cas, elle n'est pas équi-

librée par un allaitement normal. Elle est très mal freinée par la sécrétion d'hormones antéhypophysaires. Enfin, le plus souvent, on ne s'en soucie pas et c'est ce qui explique la présence de lait anormalement prolongée après l'incident obstétrical. Or, une sécrétion lactée persistante indique un défaut de réceptivité ou de réponse aux antagonistes oestrogéniques ou gonadotropiques, ou l'absence de ceux-ci. Elle entretient un constant déséquilibre névrotique.

Il est également capital de noter que la croissance de la glande mammaire s'effectue au maximum dès les trois premiers mois qui suivent la fécondation, pour se ralentir vers le 4ème mois. La prolactine entrera en action dès l'expulsion provoquée du placenta, et amènera la montée laiteuse.

Brusquement surpris par l'interruption physiologiquement imprévue de la grossesse, l'organisme ne sera pas en état de pouvoir s'opposer pour le mieux à cette galactorrhée, comme il le fait après une délivrance naturelle.

Or donc, si les précautions ne sont pas prises : injections d'hormones folliculiniques ou testostérone, bandage des seins, etc... ce qui est le cas le plus habituel en matière d'avortement, cette galactorrhée persistante épuiserà une hypophyse déjà en sommeil, pour aboutir à un blocage des gonadotropines avec retentissement important tant sur l'ensemble du fonctionnement neuro-endocrinien, neuro-végétatif, psychique, que sur le tractus génital (aménorrhée persistante, involution utérine). Il est possible que ce soit ce blocage hypophysaire qui explique en partie cette présentation pseudo-schizophrénique.

Ainsi, toute la régénérescence post-gestative

s'opère dans de mauvaises conditions et en pleine anarchie physiologique.

Cependant, une note optimiste : les désordres mentaux consécutifs aux avortements sont assez rares.

Ici encore, comme dans tous les troubles neuro-psychiques, on retrouve une fragilité de base, fragilité névropathique, fragilité physiologique, neuro-endocrinienne, fragilité du complexe hypothalamo-hypophysaire, intoxication exogène concomitante. Ces défaillances préexistantes plus ou moins accentuées, troublent la rééquilibration biologique générale et provoquent le désordre mental.

Or, ces antécédents psychopathiques peuvent être extrêmement discrets et même passer inaperçus. Et si beaucoup de psychopathes antérieures aggravent leurs troubles préexistants autour d'un avortement, il est beaucoup d'autres cas où l'on ne pourra retrouver chez le malade, aucun antécédent névropathique véritable.

Voici quelques observations que nous avons pu retrouver dans le service de Paul ABELY, à Ste-Anne :

OBSERVATION N° I -

Il s'agit ici de Mme J...

Agée de 40 ans, entrée à l'hôpital de Ste-Anne, le 26 décembre 1949, avec le certificat suivant : - syndrome schizophrénique évoluant, selon le mari, depuis deux ans, parvenu à un stade de dissociation avancée, troubles graves du cours de la pensée, de l'attention, altération syntaxique, mots ou segments de phrases

détournés de leur sens, ambivalence, stéréotypie verbale. Paraît nourrir à son domicile des idées délirantes de persécution, mécanisme interprétatif, insultes, grossièretés proferées à l'encontre de ses voisins ; aurait déposé plusieurs plaintes au commissariat. Aisance, réticence, réponses à côté ; aucun signe neurologique.

ANTECEDENTS -

A déjà été hospitalisée au mois de septembre 1948 à l'Hôpital Henri Roussel. A cette époque, la malade présentait des hallucinations auditives, à thème de persécution, raconte une période d'exhibitionnisme dont elle aurait été victime. Préoccupation sexuelle intense : délire éroto-maniaque.

Légère obubilation, asthénie, flou de la pensée, discordance, avec sourires de connivence mal adaptés, tendance dépressive nette.

Aurait fait plusieurs fausses couches provoquées, et d'après ses dires "ne serait plus normale depuis".

Antécédents familiaux normaux. Issue de famille nombreuse, travaille tôt, puis placée comme femme de chambre à 21 ans. Il ne semble pas exister d'autres antécédents psychopathiques. Actuellement, a deux enfants issus de deux accouchements normaux. Fait une première fausse couche en 1946, puis une 2ème en 1947. Les débuts des troubles remonteraient à cette époque.

A son entrée dans le service, présente : à l'examen mental : un syndrome d'allure schizophrénique, avec imprécision de la pensée, des réponses alambiquées et inconsistantes, des troubles du cours de la pensée, un désintérêt,

incurie de son sort, athymie, troubles nets du caractère avec hostilité marquée à l'égard de son mari qu'elle soupçonne d'infidélités.

A l'examen physique : leucorrhées abondantes, coeur normal ; examen neurologique négatif. Pas de signes de Chvostek.

Signe important : il existe à la pression des seins, la persistance d'une sécrétion lactée.

TRAITEMENT -

A son entrée, trois injections de benzogynestril 5 à 1 jour d'intervalle, pour tarir la galactorrhée. Les règles surviennent les 1, 2, 3, 4 janvier 1950. Une encéphalographie gazeuse suivant la technique habituelle, est pratiquée à la période préovulaire suivie de 3 électro-chocs, une semaine plus tard. Aucune amélioration notable n'est observée. Nouvelles règles les 25, 26 et 27 janvier. Une deuxième encéphalographie gazeuse est pratiquée le 4 février, suivie de 3 électro-chocs. Dès cette période commence à se dessiner une amélioration nette. Reprise de l'activité. L'amélioration va s'accroissant, avec légère rechute le 22 mars, nécessitant l'administration de deux électro-chocs supplémentaires. Le 25 mars 1950, la malade sort guérie et reprend la vie conjugale.

Il s'agit ici d'une psychose typique du post abortum apparue immédiatement après un avortement provoqué, méconnue pendant près de deux ans, et étant apparue tout d'abord comme une schizophrénie véritable. Seule, la recherche patiente des antécédents a permis de rattacher ces désordres mentaux à leur cause véritable, et d'instituer ainsi une thérapeutique appropriée qui a guéri en trois mois

cette malade que l'on traitait pour schizophrénie depuis deux ans.

OBSERVATION N° 2 -

Il s'agit de Mme L..., âgée de 26 ans.

Entrée dans le service le 22.9.1955 avec le certificat ainsi conçu : idées délirantes mystiques, subexcitation, imprécision de la pensée, bizarrerie du comportement. Demandait audience à son patron pour lui expliquer qu'elle était chargée de mission. Mésentente conjugale.

Déjà internée un mois et demi en 1950. S'est mariée depuis. Les troubles ont repris progressivement depuis janvier 1955. Tentative de suicide le 16 janvier, à la suite d'une fausse couche.

A son entrée à l'hôpital : la malade se présente dans un état délirant, subaigu, avec anxiété vive. Exaltation intense. Références à des expériences hallucinatoires et oniriques. Elle reçoit des messages de signification occulte, a des prémonitions, communique avec les esprits, entend des voix de prophètes qui alimentent des thèmes mystico-politiques. On lui a annoncé qu'elle serait une deuxième Jeanne d'Arc. Le Président du Conseil doit lui confier une mission importante. Fond de culpabilité indiscutable, justifié par des infidélités répétées à son mari. Ces troubles sont apparus, il y a plusieurs mois, évoluant de façon larvée, à la suite d'une fausse couche en janvier 1955.

ANTECEDENTS -

Déjà internée en 1950, où elle était atteinte de bouffées délirantes, avec troubles du

caractère et de l'humeur. Impulsivité alternant avec dépression. Apragmatisme, idées d'influence, avec déjà, à cette époque, apparition d'un délire mystique (La Vierge lui dicte ses pensées). Pas de débilité mentale.

On ne note d'autre part aucun antécédent familial. Père et Mère en bonne santé. Deux frères et 3 soeurs en bonne santé.

Existence personnelle tumultueuse. Placée très jeune comme bonne à tout faire, a une vie sentimentale mouvementée. Violée par son beau-frère une fois, devient la maîtresse d'un teneur de café, essaie de séduire son patron, ce qui lui vaut d'être renvoyée par la maîtresse de maison. Se marie en 1952. Fait deux fausses couches, l'une en octobre 1952, l'autre en octobre 1953. La mésentente s'installe rapidement dans le ménage. Infidélités répétées. Dernière fausse couche en janvier 1955.

Examen physique à son entrée : examen cardiovasculaire normal. Examen pulmonaire : cicatrice de tuberculose ancienne. Examen neurologique entièrement négatif. Pas de lait dans les seins.

EVOLUTION - TRAITEMENT -

Est assez agitée à son entrée dans le service, ce qui motive l'institution d'un traitement par le largactil à petites doses, 50 gouttes par jour. Les règles surviennent les 1er, 2 et 3 octobre. Une encéphalographie gazeuse est pratiquée suivant la technique habituelle, le 6 octobre, suivie d'un électro-choc les 13, 14 et 15 octobre. Dès cet instant, l'état s'améliore extrêmement rapidement. Tout phénomène hallucinatoire a disparu. Il ne persiste qu'une légère instabilité caractérielle, témoignant du fond de la personnalité psychopathique.

La malade sort guérie le 5 novembre 1955.

Il s'agit ici, encore une fois, d'une psychose du post-abortum, survenant chez une femme ayant de nombreux antécédents névropathiques, sur un fond d'instabilité permanent. L'épisode aigu s'est déclenché à la suite d'une fausse couche et a cédé complètement à la thérapeutique habituelle.

OBSERVATION N° 3 -

Il s'agit de Mme M...

Agée de 24 ans, entrée dans le service le 2 juin 1952 avec le certificat ainsi conçu : présente un syndrome schizophrénique, troubles du caractère, opposition, instabilité motrice et gestuelle, rires immotivés, incurie, indifférence, aurait déjà été traitée dans une clinique privée.

A son entrée à l'hôpital, cette malade présente : un état d'excitation atypique, d'allure schizophrénique, avec aisance, désinvolture, maniérisme, loquacité inconsistante, sourires mal adaptés.

L'humeur est mobile, capricieuse, récriminant sans cesse, avec hostilité marquée envers sa mère. Erotisme net, et vagues idées de persécution. Il existe, en outre, des désordres du comportement et de la conduite. Fugues, excès alcooliques occasionnels. D'autre part, les éléments confusionnels sont importants. Fausse reconnaissance, désorientation temporo-spatiale. Il existe enfin un fond de déséquilibre mental certain.

ANTECEDENTS -

Pas d'antécédents familiaux. Mariée il y a

4 ans à un officier américain, vit depuis cette date à Munich. Deux enfants en bonne santé. Il y a un an et demi, fausse couche de 3 mois. Le début des troubles remonterait à peu près à cette période.

Examen physique : examens cardio-vasculaire et pulmonaire normaux ; examen neurologique négatif, signes de Chvostek positifs.

TRAITEMENT -

Une insulino-thérapie est commencée le 5 juin 1952 et va se terminer le 16 juillet 1952 après une série de 35 conas. Il se produit, à l'issue de ce traitement, une amélioration passagère, mais la malade reste indifférente, impulsive, avec persistance de rires inadaptés. Une encéphalographie gazeuse est pratiquée le 18 juillet, suivie de 3 électrochocs. L'état s'améliore alors rapidement, et la malade sort guérie le 31 juillet 1952.

Il s'agit ici d'une psychose puerpérale ayant pris toutes les formes d'une schizophrénie véritable. L'insulino-thérapie n'a donné qu'une amélioration passagère, et de courte durée, et il a fallu rattacher ces désordres mentaux à leur cause véritable, instituer une thérapeutique appropriée qui seule a amené la guérison désirée.

De cette étude, que pouvons-nous retenir ?

Tout d'abord, pour nous, psychiatres, il est une règle essentielle : chez toute femme en âge de fécondation et qui présente des symptômes psychopathiques atypiques, il faut rechercher systématiquement, et ceci même après une longue évolution, la possibilité d'une fausse couche de date plus ou moins

récente, tue ou ignorée par l'entourage.

Pour cela, il faut fouiller patiemment les antécédents, contrôler s'il existe une sécrétion lactée, même discrète, au niveau des seins, et si elle se découvre, compléter l'examen par celui des frottis vaginaux, car même traitées tardivement, ces psychoses d'apparence chronique, doivent guérir par un traitement approprié.

Ensuite, que faire dans le domaine de la prophylaxie ?

Il arrive souvent que, chez une femme qui a présenté des psychoses du post-partum à répétitions, l'on puisse être amené à envisager un avortement thérapeutique lors des grossesses futures. Cette idée doit être irrémédiablement rejetée, car l'on risque à tout coup de remplacer l'éventualité d'une psychose du post-partum, par celle d'une psychose du post-abortum, qui serait aussi grave, sinon plus. La seule méthode logique, en ce cas, serait d'envisager préventivement une ligature des trompes afin d'éviter de nouvelles gestations catastrophiques.

CONCLUSIONS

-:-

Dans cette thèse, nous avons établi la forme pseudo-schizophrénique des psychoses du post-partum et du post-abortum. Nous avons vu quels étaient leurs symptômes cliniques, leur évolution, leur traitement. Nous avons vu aussi que leur présentation était celle d'un schizophrène véritable, et qu'il fallait rechercher quelques signes particuliers propres aux psychoses puerpérales, pour poser un diagnostic différentiel.

Mais quels sont les rapports de ces formes pseudo-schizophréniques des psychoses puerpérales avec la schizophrénie vraie ?

Quelle différence existe-t-il au point de vue étiologique, et même anatomique ?

C'est ce que nous allons tenter de dégager à présent, en une étude qui nous servira de conclusion.

Le syndrome schizophrénique a été longtemps remanié, divisé. Les différents auteurs sont peu d'accord sur les grandes lignes même de ce syndrome. Aussi ne nous appartient-il pas de juger un débat aussi important ; c'est donc d'après les travaux de Paul ABELY que nous tenterons de définir la schizophrénie, et d'en établir les rapports avec la pseudo-schizophrénie puerpérale.

Nous avons déjà donné une définition de ce que nous croyons être la schizophrénie. Voyons maintenant sur quel terrain elle survient.

D'après Paul ABELY, le schizophrène aurait à l'origine une personnalité propre, c'est-à-dire une personnalité névrotique et psychotique, ou mieux, une personnalité caractérielle bien définie. D'après les observations recueillies à ce sujet, il semble que certains terrains favorisent le développement de la schizophrénie, et nous voyons dans ce développement, une cause prédisposante et une cause déterminante.

La cause prédisposante, c'est ce que Paul ABELY appelle la personnalité névrotique du schizophrène. Déjà de nombreux psychiatres avaient remarqué que le syndrome hétérophrénique pouvait prendre, au début, la forme hystéroïde, surtout chez la femme, et si l'on fouille les antécédents de ces malades, on y retrouve des traits caractéristiques. Instabilité de l'humeur, hypocondrie, quelques bouffées mystiques, et quelques préoccupations érotiques.

D'autres fois, on retrouve un somnambulisme, des phobies brutales, une certaine anxiété paroxystique. Ces manifestations, que la plupart des auteurs s'accordent à trouver à la période prodromique, disparaîtraient à la période d'état. En fait, elles ne sont que noyées dans la masse symptomatique de l'ensemble, et l'on peut les retrouver si l'on veut les dépister soigneusement, en les disloquant de la masse du syndrome.

En outre, on arrive à retrouver intacts d'autres signes de l'hystérie : tics, tremblements, spasmes viscéraux, troubles vaso-moteurs, et presque toujours immaturité et régression affective.

Et si chez un même sujet , toutes ces manifestations névropathiques peuvent changer, la personnalité caractérielle reste la même. C'est une personnalité hystérique, facteur prédisposant à la schizophrénie.

Le facteur déterminant consiste, toujours selon Paul ABELY, en la personnalité psychopathique du schizophrène. Ce qui frappe en effet chez un schizophrène, c'est son attitude guindée, associée à une certaine fierté, un peu agressive. Sa susceptibilité est extrême. On y distingue une certaine amertume, celle qu'éprouve un raté, mais dont la fierté se cabre devant cette éventualité.

Son inertie est trompeuse ; en fait, chez lui, s'agitent des sentiments d'orgueil, d'impatience, de rébellion.

Sa méfiance est extrême. Jaloux, il a une réaction d'auto-défense, en se repliant sur lui-même, ce qui rompt le contact avec l'interlocuteur.

Prisonnier de lui-même, il est en sorte étranger au monde qui l'entoure, écartelé dans cette ambiance qu'il ne comprend pas. Il est anxieux, et cette anxiété déclenche des attitudes de compensation, exprimées par un comportement ironique et railleur.

Tous ces traits caractériels assemblés amènent à évoquer les composantes d'un caractère paranoïaque. Et cette personnalité paranoïaque que l'on trouve à la période d'état, peut déjà se remarquer dans les antécédents. Il s'agit en général de sujets têtus, peu disciplinés, passionnés et versatiles, orgueilleux, très sensibles à l'échec.

Ils sont, d'autre part, souvent ombrageux,

renfermés, timides, travailleurs consciencieux, méticuleux, mais fatigables.

C'est ce fond caractériel qui va brusquement évoluer lors d'un échec : échec à un examen, échec sentimental, échec matrimonial ou familial, ou encore échec dans l'état physique (maladies graves).

C'est à la suite de cet échec que vont se manifester les deux tendances névropathique et psychopathique du malade, l'une tendant à l'abandon, l'autre incitant à la lutte contre le destin ? C'est ainsi que va s'amorcer cet écartèlement qui va aboutir à ce type clinique particulier discordant.

Ce n'est que plus tard que le malade cesse de lutter en se réfugiant dans une régression infantile, avec somnolence, impulsions capricieuses. Ainsi donc, la schizophrénie serait le résultat de l'éclatement de cette personnalité hystéro-paranoïaque, sous l'influence d'un échec, que nous pouvons aussi appeler "stress".

C'est, selon Paul ABELY, une psychose-névrose d'éclatement d'une personnalité névrotique.

Les psychoses puerpérales du post-partum et du post-abortum extériorisent, nous l'avons vu, le même tableau clinique que les hétéro-psychoses authentiques, à ceci près qu'elles guérissent facilement par une thérapeutique appropriée.

Or, il est à remarquer que, si les psychoses puerpérales peuvent se traduire par différents types cliniques, une même malade qui aura fait une forme pseudo-schizophrénique après un accouchement ou un avortement, présentera un tableau clinique identique si elle fait à nouveau une psychose, lors d'un nouvel incident obstétrical.

En effet, chez ces malades, on retrouve avant ou après la guérison la même personnalité névrotique ou psychotique que nous avons signalée à propos de la schizophrénie, même type hystéro-paranoïaque, avec même écartèlement des tendances.

Mais ici la cause est différente, et si le terme échec semble impropre, on peut dire que l'échec est caractérisé par un trait caractérolologique évident de réorganisation neuroendocrinienne, liée à un grand déséquilibre hypothalamo-hypophysaire, ou à une mauvaise adaptation constitutionnelle au stress obstétrical. Lorsque cette malade guérit, lorsque l'édifice schizophrénique s'effondre, on retrouve la malade guérie, mais conservant sa personnalité antérieure névrotique et psychotique, et si autrefois de telles malades tombaient dans la schizophrénie chronique, actuellement une thérapeutique élective les débarrasse de stress physiologiques, les guérit le plus souvent en un temps relativement court.

Au point de vue étiologique, nous avons dans les schizophrénies, parlé d'une cause déclenchante comme étant un échec. Echec professionnel, sentimental ou familial, mais aussi et nous avons parlé d'échecs physiques, maladies infectieuses par exemple. De nombreux auteurs ont voulu rattacher la schizophrénie à une cause infectieuse, et l'on sait que pendant longtemps on a parlé de relations existant entre la tuberculose et la schizophrénie, sans qu'aucun fait vraiment probant ne soit venu appuyer une théorie selon laquelle la tuberculose serait à l'origine de la schizophrénie.

On a aussi parlé de schizophrénies colibacillaires dues à une hypothétique toxine, et plus

récemment, Paul ABELY a évoqué la possibilité d'une relation entre certaines affections endémiques de l'enfance, notamment l'acrodynie et la schizophrénie. Ce n'est qu'une hypothèse, mais quoi qu'il en soit, il semble que l'on puisse rattacher ces cas à des échecs ou stress physiques, causes déclenchantes.

C'est à partir de ces hypothèses que va s'ébaucher une théorie anatomo-physiologique de la schizophrénie, théorie selon laquelle les agressions endo ou exogènes attaqueraient électivement un diencéphale congénitalement fragile, génétiquement faible.

Dès le début du 20ème siècle, de nombreux auteurs admettent la régulation basale des processus psychiques, et surtout la localisation basale de la conscience. Plus tard, PENFIELD émet l'hypothèse d'un système centre encéphalique comme centre le plus élevé de l'activité nerveuse supérieure. La vie psychique normale ne pourrait se développer que s'il y'a un tonus centrencéphalique suffisant. La schizophrénie serait alors un syndrome centrencéphalique.

Plus tard, Paul GUIRAUD se référant aux enseignements de l'encéphalite épidémique résume ainsi les fonctions diencéphaliques :

- besoins vitaux,
- fonctions d'activation et d'inhibition,
- fonctions thymiques,
- fonctions de tendance à la réalisation motrice,
- fonctions de la durée vécue.

Paul GUIRAUD, étudiant la synergie cortico-sous-corticale entre diencéphale et lobes préfrontaux, y rattache la schizophrénie.

A chaque fonction perturbée du diencéphale apparaîtrait un symptôme schizophrénique.

1 - Perturbation des besoins vitaux au début : faim et soif perturbées.

2 - perturbation frappante des fonctions horméiques

3 - anarchie des fonctions thymiques, hypo ou hyperthymie

4 - perturbation des fonctions de tendance à la réalisation motrice, impulsions motrices, fugues ou paresse motrice

5 - enfin, plus tard, troubles de la durée vécue ; autisme, perte du contact.

Les expériences au sujet de cette localisation sont nombreuses et peuvent être diversement interprétées.

Au point de vue électro-encéphalographie, P. BORENSTEIN résume ainsi ses nombreux travaux : " il n'existe aucune spécificité électrique caractéristique des syndromes schizophréniques. De plus, il n'y a pas de corrélation entre le pourcentage des tracés pathologiques, l'âge du malade, et le début de l'affection".

Plus intéressantes sont les données des encéphalographies gazeuses. MANCEAUX, BARDENAT, PELICLER et PASQUALI donnent les résultats suivants : l'encéphalographie gazeuse pratiquée chez 40 déments précoces a permis de classer les malades en trois groupes principaux :

- 16 malades qui, dans leur tableau clinique, ont présenté exclusivement ou en association

à d'autres symptômes, un syndrome catatonique, avaient tous une dilatation du 3ème ventricule.

- 12 malades atteints de schizophrénie simple, ne montraient pas d'image encéphalographique significative.

- 11 malades chez lesquels le syndrome paranoïde était prédominant, présentaient des images encéphalographiques d'atrophie frontale.

MESSIMY, BERDET, FELD, HEUYER et PETIT-DUTAILLIS, dans une étude anatomo-pathologique de fragments cérébraux prélevés par topectomie préfrontale chez 10 schizophrènes, comparèrent ces fragments avec ceux de deux hommes opérés pour algie irréductible sans le moindre trouble mental.

Les topectomies portent sur les aires 9, 10 et 46 dans 8 cas, 9, 10 dans 3 cas, et 9 dans 1 cas.

Chez les schizophrènes, ils retrouvèrent dans la majorité des cas, des lésions d'ordre abiotrophiques avec lésions dégénératives aboutissant à la disparition cellulaire, avec réactions oligodendrogliales, surtout importantes dans les couches profondes du cortex. L'astrocytose était fréquente alors que la névroglie était en général intacte. Dans les fragments témoins, on ne retrouva pas ces lésions.

P. BORENSTEIN a pratiqué des encéphalographies gazeuses chez 134 schizophrènes et conclut : "Les résultats obtenus montrent 16 examens normaux, et 118 pathologiques. Les atteintes les plus courantes sont l'atrophie corticale, localisée au niveau du lobe préfrontal, et pariétal, ainsi que la dilatation du 3ème ventri-

cule. et des cornes temporales."

FELD apporte des conclusions assez analogues, montrant une atrophie corticale modérée et une dilatation ventriculaire discrète.

Mais il faut noter que ces atrophies corticales atteignent électivement certaines régions : orbito-polaire, face interne des lobes frontaux, jonction fronto-temporo insulaire. Ces régions, appartenant toutes au cortex rhinencéphalique et FELD conclut : "La prédominance d'atrophie sur le cortex rhinencéphalique présente un plus grand développement. Elle a été constatée 23 fois sur 35 cas étudiés".

Au total, en tenant compte des lésions qu'ont provoquées les thérapeutiques de choc (cure de SAKEL, électro-chocs, chocs acétylcholiniques), on est en droit de penser que la clef de voûte de la schizophrénie résulterait d'une insynergie fonctionnelle, entre le cortex et les régions sous-corticales.

La schizophrénie serait, selon Paul ABELY, une psychonévrose dysrythmique d'écartèlement et d'exil, une dysharmonie fonctionnelle anatomo-physiologique, entre le paléo-pallium et le néo-pallium, entre le rhinencéphale et le néocortex.

Dans les psychoses puerpérales à forme pseudo-schizophrénique, l'atteinte est purement diencéphalique. Il existe, au départ, une instabilité diencéphalique constitutionnelle, sans participation corticale, et la thérapeutique électivement dirigée contre le complexe hypothalamo-hypophysaire montre, par ses résultats, la probabilité de cette hypothèse.

En résumé, la schizophrénie telle qu'on l'a cliniquement décrite serait l'éclatement d'une tension névrotique préexistante (caractère hystéro-paranoïaque), sous l'influence d'un stress physique, ou le plus souvent affectif que l'on nommera alors échec . Elle se traduira anatomiquement par une rupture du rythme normal entre le paléo-pallium et le néo-pallium.

Les psychoses puerpérales de forme pseudo-schizophrénique surviendront sur le même terrain névrotique préexistant, hystéro-paranoïaque, mais seront différentes de la schizophrénie.

1 - par leur clinique où l'on retrouve des signes particuliers, conservation intégrale de l'amour maternel, thymie perturbée, dans le sens d'une hostilité électivement dirigée contre le mari ou l'amant,

2 - par leur étiologie avec participation exclusive d'un diencephale constitutionnellement instable, et où le stress réside en la brusque agression de ce diencephale, provoqué par le déséquilibre hormonal résultant de l'incident obstétrical.

3 - enfin, différentes de la schizophrénie, elles le seront par leur évolution puisqu'un traitement électif les guérit en un à trois mois.

Tout ceci n'est évidemment qu'un schéma qui sera sans doute remanié. Nous avons exprimé ici l'opinion de Paul ABELY dans un débat gigantesque où tant de théories s'affrontent, et que notre jeune expérience psychiatrique ne nous permet pas de juger.

Vu :
Le Président :
signé : L. MICHAUX

Vu :
Le Doyen :
signé : L. BINET

Vu et Permis d'Imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris
signé : Jean SARRAILH

